

ドイツにおける臓器移植を巡る現在の議論

ヨハネス・ライター（マインツ大学）

訳・補足 盛永 審一郎

1. 臓器移植をめぐる新たな議論

移植医療ほど急速に発展した医療分野はないだろう。1954 年にアメリカの外科医が、若い男性から彼の病気の双子の兄への腎臓移植をはじめて成功させたのは、まさに 53 年前のことである。それから今日に至るまで、ドイツにおいては、一日当たり 7 つの腎臓が、そして 3 つの肺、1 つの心臓が移植されている。2006 年には、ドイツにおいて 4646 の臓器が移植された。臓器の需要はいまではかつての 2 倍近くになっている。2006 年の時点でドイツにおいては、腎臓病の患者は、新しい臓器を 5 年半待たなくてはならなかった。命を救う臓器提供がなかったために、毎日 3 人の人間が亡くなっている。臓器不足が発生しているのは、ドイツにおいて臓器提供者が不足しているからというだけではなく、臓器移植はまた、構造的にも引き起こされているのである。つまり、次第に増えているより良い免疫抑制の可能性、臓器移植の事由が拡大し続けていること、そして改善された技術的な可能性によって、より大量の臓器が必要とされている。

ドイツでは、臓器移植は大多数の国民によって通常の医学的治療として受け入れられている。質問されたうち、85%の人々が臓器提供を「むしろ肯定的」なものとしており、7%が「むしろ否定的」、8%が「中立的」としている。死後自分の臓器が摘出されることに対しては 68%が基本的に同意しており、21%がそれに反対、そして 11%が決定を保留している。しかしながら、臓器提供意思カードを所持しているのは、回答者の 12%のみである。

臓器移植の可能性は、倫理的そして同時に法的な問題を投げかけている。ドイツにおいては 1997 年に移植法が可決する前に、激しい議論が公になされた。目下、現在通用しているオプティンギン (Zustimmungslösung 同意案) からオプティンギアウト (Widerspruchslösung 反対案) への移行についての、そして生体移植の範囲を「家族以外に」拡張することについての新たな議論が進行中である。この点については後で述べよう。

死後の臓器提供の倫理とは、一方では人格権とともに人間の死後も失われたい尊厳や保持されるべき畏敬と不可侵性、他方では臓器レシピエントへの急を要する必要な医学的な処置の間を比較衡量することである。このような善の比較考量において、畏敬と不可侵性は臓器レシピエントの生命を救うというより高次の善に対して重要性が薄れることがある。もっとも、人間がその生存時において臓器提供について賛成あるいは反対の表明を行っていた場合には、この考慮の余

地はない。

同様に、臓器の生体移植の倫理は、競合するすべての関係者の競合する利益と要求とを相互に考慮しなければならず、また、その際に以下に述べる点について顧慮しなくてはならない。つまり、提供者の自己決定、無危害原則という医師の原理、自由意思、リスク、とりわけドナー側のリスク、そして臓器レシピエントの利益についてである。生体臓器移植の倫理的容認に関する基準は、少なくとも次に述べるものである。第一に、同意は自由意思により、いかなる強制や圧力もなしに行なわれなくてはならない。第二に、同意に先立って、移植の結果と起こりうる危険やリスクについて、可能な限り完全に説明がなされていなくてはならない。そして第三に、臓器を摘出することが提供者の健康と生命をその後もおびやかしてはならない。

臓器移植の際に「援助の連带的自由意思という原理」をふまえるならば、そこからは、生命を救う提供された臓器への権利も、そこで派生する臓器提供の義務も生じない。それゆえに、臓器提供を拒否することが、ある種の「道徳的観点において援助を怠ったこと」として中傷されてはならないのだ。それにもかかわらず、臓器提供への自由な決定に伴って、責任を自覚した人間的な結束（連帯）という行為が設定される。

臓器提供のいわゆる倫理的本質は、ドイツの臓器移植法において、広範にわたる法的な置き換えを経験してきた。それにもかかわらず議論は終結してはいないのである。

2. 臓器移植法の成立史について

ドイツにおいて 1997 年に移植法（TPG）が可決されるまで、議論は四半世紀続いた。同じく 1997 年に日本においても「臓器の移植に関する法律」が可決された。1970 年代における最初の法案作成の試みが、80 年代初頭に審理された。90 年代初めに、新しい議論が始まった。その根拠は多様であった。急速に発展する移植医療の分野における法的安定性が求められたのである。ドイツ連邦はそれまで、移植法を持たない数少ないヨーロッパの国として数えられ、同様に旧東独の臓器移植法をドイツの再統一後存続させることについても不確定であった。臓器移植法を作成するためのさらなる根拠は、死が確定する時点に関する基準が不確定であったこと、そして生体移植の新しい可能性であり、それに加えて臓器提供の営利化の危険性が見られた。

討論の前線において熱心に交わされた議論は、とりわけ以下の二つの観点に集中した。まず、どの時点から人間を死んだと見做すのかという問いである。なぜなら死者からの臓器提供と生存中の提供者からの臓器摘出の区別がその点にかかっているからである。そしてもう一つは、臓器の摘出が、どのような法的モデルを利用して正当であると認められるべきなのか、という問いである。臓器移植法は、根本的には、CDU(キリスト教民主同盟)/CSU(キリスト教社会同盟)、SPD(ドイツ社会民主党)と FDP(自由民主党)の議員団の法案、そして議会の健康委員会の提案に起因している。1997 年 7 月 25 日、圧倒的多数によって法案は決議され、1997 年 12 月 1 日から発効した。

3. 臓器移植の前提としての脳死

死後の臓器提供が基本的前提とするのは、ドナーの死が確実だということである。1968 年にアメリカにおいて特別に (ad hoc) 設置されたハーバード・コミッションが、そして同時期にドイツにおいてはドイツ外科医師会が、脳死確定の判定基準を作った。ハーバード・コミッションの見解はすぐに国際的な重要性を獲得した。人間から臓器が摘出されるのに先立って、脳死の判定基準によって、事実上死が出現したことが証明されねばならない。

いわゆる古典的な死の概念 (臨床的な死)、つまり呼吸と循環器の停止、それに結びついた心停止は、今日、現代医学の可能性に直面して、死の定義として適切ではないということが明らかになっている。古典的な死の概念に従うと、心臓死は脳死の規則的な結果ではあるのだが、しかし脳死は死の確定の十分な条件としては認めることができない。なぜなら呼吸と循環の停止は治療可能だからである。心臓死は人工呼吸によって阻止することが出来るだけでなく、脳が完全に死なない限り、呼吸と循環を持続して回復させることは可能である。それゆえ、ドイツの立法機関も、法律的に死を定義することなしに、脳死を臓器摘出の決定的な前提として定めた。その際立法機関は医学の認識に従ったのである。脳の完全で不可逆な機能廃絶によって、人間は、器官全体の制御と統合を行なう能力を失う。身体器官とシステムの個々の作用、そしてその相互作用は、もはや身体と精神の上位の統合性へと統合されることは不可能である。

臓器移植法 3 章第 2 節に従って、ドイツにおいては大脳、小脳、脳幹の不可逆な停止による「全脳死判定基準」が認められている。議論されてはいるが、深く追求されていないのが、アメリカとイギリスにおけるような、部分脳死—たとえば大脳皮質の停止—が、死の判定基準として十分ではないのかどうかという問いである。——この定義によると、人間とは純然たる認知能力にされてしまう点では疑問の余地がある。

最初に述べたように、臓器移植法の採択以前の時期において、脳死が人間の死であるかどうかという問いは、激しい議論の対象であった。脳死判定基準を批判する人にとって、全体としての人間は脳死の段階ではまだ死んではいない。単に一つの器官が孤立して滅びることは、それがたとえ脳であろうとも、全体としての人間の死の基準として十分ではない。特に、人間の (生命活動に必要な) 機能が代用されうる場合であるとしては。それゆえに、臓器摘出は死の経過を侵害することを意味している。侵害については、侵害が人間によってどのように経験されるのかを誰も知ることが出来ない。侵害と臓器の摘出は死を早め、それゆえに、殺人という不法行為である。もっとも提供者が健康な日々のうちにそれに同意しうるのはあるが。

哲学者と神学者が死について語るとき、彼らは生命の決定的な終わり、つまり、生命のこちら側にもはや戻ることが出来ない時点を意図している。我々が今日知っているすべてによると、脳死がそれであるように思われる。それゆえ例えば脳死の確定後に臓器を摘出する場合、それは、生きている、あるいは死んでいる人間に対してではなく、すでに死去した人間に対しての行為である。少数の研究者のみが脳死判定基準を今日に至るまで認めていない。

私の考えによると、脳死というコンセプトは、人間を身体と魂の総体として、「身体化された魂（身体を与えられた魂）」または「魂のある身体」として理解する点にその長所がある。（魂という概念に問題を感じる人は、そのかわりに「精神」という概念を用いてもよい。）それに対して心臓循環コンセプトを主張する人々は、人間の有機体的観点を一方的に強調しすぎる危険をおかしている。部分脳死コンセプトの主張者は、人格的な、精神的な面を絶対化している。私がここで人間の死について述べる時、私は「有機体の死」も「人格の死」も意図しておらず、そのかわりに一個の精神と肉体の統合としての人間全体の死について述べている。

私の見解では、脳死コンセプトは正当なものとして証明されており、また、倫理的にも正しいと認めうる。それにもかかわらずこのコンセプトが多くの人において引き起こす不安感を無視してはならない。それ故、そのように不安を感じる人に対しては、たとえば移植法において opting out の条項を導入するようなことによって、脳死判定による死の確定を拒否する可能性と権利を与えることが出来る。ドイツの移植法においては、そのような規定は備えられていない。私が正しい情報を得ているならば、日本の「臓器の移植に関する法律」にはこのような可能性がある。——すなわち、脳死は移植医療のためにのみ死の確定とみなされ、提供者の意思と親族の同意によってのみ脳死が確定されうる。

しかしながら私は次に述べる意見を認めることは出来ない。つまり、たとえ本人の同意のもとに臓器摘出とそれに伴う致命的な手術が正当化されるような死に瀕した人間であろうとも、脳が死んだ人間をまだ生きている人間とするような意見を認めることはできない。生と死の境界は、曖昧にされてはならないのだ！

4. 様々な規定モデル

脳死は、臓器摘出を許可する唯一の基準ではない。そこには、死体から臓器を摘出してよいということを一体誰が決定することができるのか、という問いが生じる。さまざまなモデルが提供者の不可欠な同意に関して議論されている。これは 4 つの方法が挙げられる。——Zustimmungslösung（同意案=opting in）によると、故人の提出された明確な同意においてのみ臓器摘出が許される。Widerspruchslösung（反対案=opting out）の場合には、臓器摘出は、死者が生存中に臓器摘出に対して反対していなかった場合にはすでに許可される。Informationslösung（情報についての案）に従うと、摘出の意図に関して親族が知らされている場合に、臓器摘出が許され、反対がある場合もこれに準じる。Erklärungslösung（意思表明案）は、それぞれの国民が生存中に臓器摘出についての言明を表明しなければならないということを用意している。ここではもっとも「消極的な自己決定しないこと」の権利が言及されている。この権利とはつまり、これらの質問を考慮しなくてもよい、あるいは決定しなくもよいという故人の権利である。ドイツにおいては、広い同意の規則が適用されている。この規定は、臓器提供者の同意を要求するが、もしそのような同意がなく、臓器提供への反対が知られていない場合、個

人の意図において臓器移植に同意することができる親族に尋ねられることになっている。

国家倫理評議会¹は、解散の直前の今年 4 月 24 日に死後の臓器提供に関する新規則を要求し、それに関して、意思表示規則と反対の規則を組み合わせた段階的モデルを提示した。それによると、故人が生存中に明文をもって反対しておらず、親族にも異議がない場合は、臓器を故人から摘出してもよい（第二段階）。しかしまず先に、臓器提供の意思についての個人的な意思表示が国民に要求され、そして国民がその結果についてよく理解しているように、国が配慮するべきである（第一段階）。

国家倫理評議会の提案は、現在適用されている広い同意の規定から反対の規定へのラディカルな転換を意味している。この提案は、世間においては広範囲で批判され、そしてすべての政党の議員団の代表から拒否された。「倫理評議会が現在主張するように臓器提供者の自己決定権を制限することは、懸案の事項に利益をなすというよりも、むしろそれを損なう。決定的なのは、人間は死を越えても対象物にされてはならないということだ。」明文化して表明しない人の臓器提供への同意を安易に当然のことと考えてはならず、また、誰も決定を強いられてはならないと、CDU/CSU の連邦議会議員団フォルカー・カウダー氏は述べた。

SPD と緑の党は、自己決定権が脅かされていると捉え、CDU は人間の尊厳が侵害されていると捉えている。

国家倫理評議会の態度表明の背後には、ドイツにおける提供臓器の不足がある。しかし、国家倫理評議会によって提案された＜反対案＞は実際に臓器提供の増加をもたらすのか、ということについては疑問の余地がある。スウェーデンの経験が示すところによると、＜同意案＞と＜反対案＞の間での幾度にもわたる転換の後、ドナーの率の変化は認められなかった。連邦健康省と同様に、ドイツ医師団は国家倫理評議会の提案に反対の立場をとっている。法的に定める必要はない。基本的には、医師たちは臓器の不足を、組織的な、また、構造的な問題に起因するものとみなしている。——移植のつながりは最適に組織されてはいないということだ。ドイツにおいて潜在的な臓器提供者の届出が義務付けられているとはいえ、集中治療室を備えた病院の半数すらもそれに関与していない。これは、臓器摘出の事前の行為における費用のかかる診断も、臓器摘出自体も、十分に報いられてはいないということとも関係がある。病院内ではこの領域における共同作業と調整作業が最適ではない。医師と看護師は、臓器摘出の可能性が他の集中治療の患者の世話を妨げることになるかもしれないことを恐れている。また、臓器提供者となる可能性がある親族との対話の質（の低いことも）も非難されている。

5. 公正な臓器の分配

多くの患者が移植を待っているのに対して、ごくわずかな提供臓器しか存在しない。臓器の不

¹ National Ethikrat シュレーダー政権の時にシュレーダー首相の意向のもとに設置された倫理評議会。これに対し、議会には研究調査委員会（アンケート委員会）があった。

足に基づいて、必然的に分配の問題が起こる。臓器を緊急に必要としている人がたくさんいる場合に、誰に臓器を与えるべきだろうか？ 常に分配を受けられない人が存在するために、それぞれの臓器分配は生存のチャンスの割り当てとしての悲劇的な決定である。臓器の公正な分配に努めることが倫理的に要求されている。公正で同時に効率的な分配を可能にするために、ヨーロッパ全域で展開する中心的な仲介者「ユーロトランスプラント」がライデン（オランダ）に本拠地において開設された。レシピエント選択のための判断基準は、基本的に緊急性、成功の見込みと待ち時間によって方針を決定される。

臓器の分配の方針は平等の原理によって決定されうる。すべての人間が等しい尊厳を持っているのだから、社会的あるいは経済的地位に基づいて、あるいは社会における信望に基づいて特定のレシピエントを優遇することは、正しいと認めることはできない。同様に人間の集団をまるごと一括して除外すること、例えばより高齢であることによって、つまり年齢による割り当てを行なうようなことは、許されないし、横暴でもある。生命の価値が加齢とともに減少することはない。

議論の中にはまだ、刺激モデル Anreizmodell あるいはボーナスモデル Bonusmodell あるいは連帯モデル Solidarmodell のような他の分配モデルが存在する。刺激、あるいはボーナスモデルにおいては、死後の臓器提供あるいは生体での提供への意思を表明した人は、減税、治療の割引、健康保険の割引、埋葬費用の引き受けなどを得る。連帯モデルにおいては、臓器提供証明書を待つ人は、その人自身が臓器を必要とする場合、証明書を待たない患者よりも順番を優先される。

6. 生者からの臓器移植

生体臓器提供者の数は、ドイツにおいては持続して増え続けている。これは死んだ提供者の不足のほかに、生体での提供における医学的な利点も関係している。利点とは、例えば、損傷のない最善の臓器の質とそれによって臓器が即座に機能すること、免疫学上のリスクの見積もり、移植までの待ち時間が長くなることを回避できる点、手術が計画可能であること、移植を生き延びる割合に関して短期的そして長期的により良い結果がみられることである。この利点を考慮すれば、移植法が生体臓器提供を、ごく狭い範囲において、多くの制限的な処置のもとにしか認めていないことに驚くだろう。日本とは異なり、ドイツにおいては、生者からの臓器移植は移植法の中で規制されている。移植法の第8章によると、生存中の臓器提供者からの臓器の摘出は、提供者が成年²であり、説明に同意しており、臓器の摘出によって危険にさらされたり重度に損なわれたりせず、臓器提供がレシピエントを生かしておく、あるいはレシピエントの深刻な病気をすくなくとも軽減し、そして、死んだ提供者からの臓器が手に入らない場合にのみ許可される。再生不可能な臓器は、特定のレシピエント（配偶者、登記されたパートナー、婚約者、第一、二親等の親族、個人的につながった人々）の利益のためにのみ摘出を許される。まず、提供者は自身

² ドイツでは 18 歳をもって成年とする。

を損なわないように守られねばならない。というのは、生体での臓器提供者には、自身にとって必要でもなければ利益もない、潜在的に損傷を与えうる危険な医学的な手術を受けることが要求されるからである。さらに、圧力の行使の危険性がある。この危険性はとりわけ親族の間においてほとんど排除することができない。親から子への、あるいは夫婦間での臓器の譲渡においては、自由意思はほとんど与えられていない。それゆえ、提供者とレシピエント双方の側の健康面のリスク、社会的なリスクと結びついて、生体臓器提供には商業化と臓器売買の危険性が存在する。

連邦憲法裁判所は、1999 年に生体臓器提供を拡張することを却下した。しかし、それについての議論は続いている。ドイツ連邦議会のアンケート委員会「現代医療の倫理と法」は、生体臓器提供の領域を特に議論を必要としているとみなした。それにもかかわらず、委員会の大多数が 2005 年に拡張に反対の意見を表明した。委員会メンバーのうち、私を含めた少数が、クロスオーバー提供 (Überkreuz-Lebenspende)の形態で生体臓器提供を慎重に拡張することを支持した。ここで取り上げられるのは、例えば血液型の不適合のような医学的根拠から、夫婦あるいはパートナー間の臓器提供が不可能であるような場合である。ここには、そのようなペアを同じような問題を持つ別のペアと引き合わせ、両方の提供者がかれらの臓器をもう一方のペアの提供者からそのつど受け取ることが出来るように、二つの生体臓器提供を交差して行なう、といった可能性が存在するのではないだろうか。他人からの提供におけるように、ここでも、親族の臓器ではなく、選択された他人の臓器が提供される。提供者は、自分の親族のために第三の側からの提供を受けることが可能になるという理由のみによって臓器を提供する。この臓器の提供には、適合する他人の臓器という贈り物が同時に条件と返礼を意味している。

7. 臓器売買

提供される臓器の不足によって、商業化と臓器売買の危険性が生じる。人間の臓器の有償の入手あるいは譲渡としての臓器売買は、生者の臓器によっても死者の臓器によっても可能である。利他主義的な臓器の提供に対して、ここではドナーは売り手に、レシピエントは買い手に、そして臓器は商品になる。その間にはしばしば仲介エージェントがいる。特殊な意味で、ここに生体臓器提供に関する問題が生じる。内在する商業化の危険に立ち向かうために、ドイツの移植法は生体の臓器提供を限定的に規定した(第 8 章)。それによって法律は刑罰の規定によって臓器売買を避けようと試みている(第 18 章)。この規定によって、臓器提供者の身体的不可侵性に加えて人間の尊厳が守られねばならない。なぜなら臓器売買は、臓器を与える者にも受け取るものにも重大な搾取の危険をもたらすからであり、そして、それによって臓器売買は彼らの尊厳の本質的な侵害を示しているからである。

8. まとめと結論

移植医療において、技術的に実現できることと道徳的に許されることとの間の医療倫理の対立

の場合全体がはっきりする。さらにまた、これはヨーロッパの文化にもアジアの文化にもあてはまるのだが、移植医療は、多くの文化に関する根本概念が、実際的にそして倫理的に不確かになったことに寄与している：生と死とは何を意味するのか？その境界はどこにあるのか？人間、肉体的、自立、畏敬、連帯、公正とは何を意味するのか？

倫理的な観点から、私は現代の移植医療は基本的に認められうるとみなしているが、それにもかかわらず移植医療は一連の問題を築く。臓器提供を正当化する根拠は、結局は、最後にはレシピエントの命あるいは健康の高い価値が重要になるような、レシピエントの最高善である。しかし、どの提供も自由意思に基づく限り、臓器提供を倫理的に絶対の義務として理解することはありえない。臓器提供は連帯行動として推奨に値する。

(2007年7月17日午後6時30分より、富山市民病院講堂にて、富山ターミナルケア懇話会主催)

補足：ドイツと日本の臓器移植の比較

以下に、ドイツと日本の臓器移植に関する比較の表等を参考として掲載する。ライター氏の論文を理解する上での参考とされたい。

	ドイツ	日本
1956		初の腎臓移植
1963	初の腎臓移植	
1964		初の肝臓移植
1968		初の心臓移植
1969	初の心臓移植 初の肝臓移植	
1979	初の脾臓移植	
1989		初の生体部分肝移植
1997	12/1臓器移植法	10/臓器移植法

	日本(1997.10.16)	ドイツ(1997.12.01)
死の定義	心臓死＝人の死 臓器を提供する意思がある場合、脳死を死	脳死＝人の死
脳死	脳幹を含む全能に機能の不可逆的停止	大脳、小脳および脳幹の総合機能の決定的で疑いのない消失
意思表示	文書による生前の意思表示＋遺族が拒否しない	文書による同意が拒否。文書がない場合、最近親者の賛成。
小児	15歳未満は不可能	同意と決定の委任は満16歳を超えたもの、反対は満14歳を超えたものが意思表示できる。
臓器売買	臓器売買等の禁止(11)	臓器売買の禁止
罰則	5年以下の懲役、若しくは500万円以下の罰金。	5年までの自由刑、または罰金
状況	9年間で34の心臓移植。不足。	年間約580の心臓移植。だが不足。

移植の数

	世界	ドイツ	日本
心臓移植	約54,000	8,659	43
腎臓移植	約470,000	54,119	<i>18,421(67)</i>
肝臓移植	約74,000	11,949	3,782(30)
肺移植	約10,000	2,151	34
脾臓移植	約10,000	2,284	34

世界の資料は2001年12月31日。
ドイツの資料は2005年度までの資料
日本は平成19年5月1日、但し、斜体字は2005年末までの資料

ドイツの生体提供を除く移植数

	2003	2004	2005	2006
腎臓	2,111	1,989	2,190	2,254
心臓	393	398	396	412
肝臓	773	810	888	971
肺	212	240	262	253
脾臓	191	187	165	141
小腸	8	3	2	1
	3,688	3,627	3,903	4,032

臓器移植数と待機者数(日本)

	心臓	肺	肝臓	膵臓	膵腎	腎臓	小腸
脳死体後 後[計213] (生存数182)	43 (41)	34 (24)	39 (29)	4 (4)	30 (30)	61 (53)	2 (1)
生体移植			3782			13,843 (死体後) 4,511	
計			3812			18,421	
待機者 19/05/01	98 (4)	129 (4)	148	155	127	11,778	1

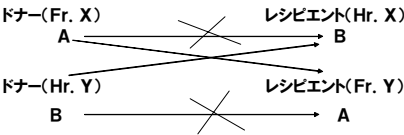
平成19年5月1日(ただし、斜体字は2005年末までの資料)

生体移植

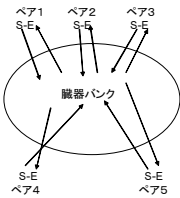
ドイツ	日本
移植法第3章 § 8	臓器移植法には記載なし。日本移植学会倫理指針(平成6年実施、15年改定)[2]
成年に達して同意能力がある	未成年者並びに精神障害者は対象としない。
説明を受け、摘出に同意した	本人の自発的意志。強制でないことの第三者による確認。
手術以上のリスクがない、健康上重い障害を受けない	生体の機能に著しい影響を与えない
1親等、2親等の近親者、配偶者、婚約者または特別親づきが明らかな者。	親族(6親等以内の血族、3親等以内の姻族)に限定。倫理委員会承認を受けたもの。

クロス・オーバー・モデル

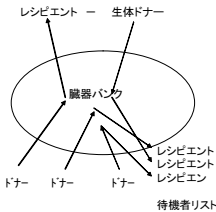
- 法が認める夫婦の間での直接の提供が医学的理由から一とりわけ血液型の不適合性故に一可能でないときに、選ばれる。



フルモデル1



フルモデル2



ライター Johannes REITER 氏略歴

1944 年生まれ。マインツ大学カトリック神学部道徳神学教授。1995~ドイツ医師会中央倫理委員会委員。1984~87,2000~2005 ドイツ連邦議会調査委員会委員、など歴任。

専門は、道徳神学であるが、経歴を見るとわかるように、医学倫理学と技術倫理学が専門領域。早くからドイツにおいて生命倫理と取り組んできた一人である。特に、体外受精の技術や分子生物学の進展を受け、1980 年代より、ドイツでは、生命政策が議会で取り上げられ、議会付置の委員会が設置された。ライター教授は最初のベンダ委員から、前回のアンケート委員会まで委員となり、ドイツの生命工学に関する政策決定や指針づくりに関わってきた。またその傍ら、遺伝子工学と倫理の問題について研究し、積極的に著作を刊行してきた。日本でも、氏の考えは「遺伝子工学の十戒」として、早くから加藤尚武氏等により紹介されている。特に最近激しく議論されている、着床前診断や難病の治療法開発のためのヒト胚の研究利用に関しては、スタンスをカトリックと近代哲学(カント)の「人間の尊厳原理」におき、安全主義(Toutiorismus)の立場に立ち、一貫して反対の立場を展開している。また、ドイツ医師会や州の生命倫理委員会の委員でもあり、安楽死問題、妊娠中絶問題についても積極的に意見を展開してきた。2004 年にドイツ政府の功労十字勲章を授与されているが、これら委員会活動がその受賞の理由であろう。日本へも 2 度来日し、富山で講演している。